

# 問診票

しもたかいどホームドクタークリニック

ふりがな				
お名前				男 ・ 女
生年月日	M . T . S . H	年	月	日 ( 歳 )
住所	〒			
電話番号(自宅)		携帯番号		

● 下記の間診にお答えください

1	いつから、どのような症状ですか	いつから ( ) ----- どのような ( )
2	現在、治療している病気や、飲んでいるお薬はありますか <b>※おくすり手帳がありましたら、ご提示ください</b>	いいえ ・ はい 治療中の病気 ( ) ----- 飲んでいる薬 ( )
3	過去に大きな病気にかかり、入院や手術をされましたか	いいえ ・ はい ( )
4	今までに薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか	いいえ ・ はい (何に: )
5	タバコは吸いますか	いいえ ・ はい
6	アルコールは飲みますか	いいえ ・ はい (何を: ) (1日量: )
7	今までに内視鏡検査を受けたことがありますか	いいえ ・ はい 胃カメラ ( 年 月頃 ) ----- 大腸カメラ ( 年 月頃 )
8	<b>※女性の方のみお答えください</b> 現在、妊娠していますか	いいえ ・ はい ( ヶ月 ) ・ わからない 授乳中
9	当院のことを、知ったきっかけは何ですか	駅看板 ・ 電柱広告 ・ インターネット ・ 雑誌 通りがかり ・ 家族 知人 ・ 八幡山ビジョン

● 当院では、下記の診療も行っています。希望の方は ○ をつけてください。

血液検査 ・ 尿検査 ・ レントゲン ・ 心電図 ・ 超音波 ・ 内視鏡(予約制)

各種迅速検査 ・ ニンニク注射(自費) ・ プラセンタ(一部自費) ・ 禁煙外来 ・ 男性外来

ご記入ありがとうございました。

**ご予約の方が優先**となっていますので、ご予約をいただいていない方は、待ち時間が長くなる場合があります。  
また**診察内容によって、呼び出しの順番が前後することもありますので、ご理解、ご了承ください。**

